

## ŽIADANKA NA IMUNOFENOTYPOVÉ VYŠETRENIE

UNLP - Odd.laborat.medicíny - Pododdelenie klinickej hematológie  
Košice, Tr.SNP 1, tel. 055/640 4160, 3264

Rodné číslo./ID: \_\_\_\_\_ Poist'ovňa: \_\_\_\_\_  
Priezvisko: \_\_\_\_\_ Dg.: \_\_\_\_\_  
Meno, Titl.: \_\_\_\_\_ Dátum odberu: \_\_\_\_\_  
Kód oddelenia: \_\_\_\_\_ Čas odberu: \_\_\_\_\_  
Kód lekára: \_\_\_\_\_ Pečiatka a podpis lekára: \_\_\_\_\_  
Telefón (klapka): \_\_\_\_\_

### Čas prijatia:

Typ biologického materiálu	<input type="checkbox"/> PK (K3DTA)	<input type="checkbox"/> KD (K3DTA)	<input type="checkbox"/> Likvor (Transfix)	<input type="checkbox"/> Iné
Fáza	<input type="checkbox"/> Dg	<input type="checkbox"/> MRD	<input type="checkbox"/> Relaps	<input type="checkbox"/> Iné (špecifikujte)

### Požadované vyšetrenie

<input type="checkbox"/> Akútna leukémia	<input type="checkbox"/> AML
	<input type="checkbox"/> ALL
	<input type="checkbox"/> Iná
<input type="checkbox"/> Lymfoproliferácie	<input type="checkbox"/> B NHL/B CLL
	<input type="checkbox"/> T NHL/NK
<input type="checkbox"/> Mnohopočetný myelóm/MGUS	
<input type="checkbox"/> MPN	
<input type="checkbox"/> MDS	
<input type="checkbox"/> PNH	
<input type="checkbox"/> Mastocytóza	
<input type="checkbox"/> Iné (špecifikujte)	

### Iné relevantné údaje

Terapia (aplikovaná pred požadovaným laboratórnym vyšetrením):

<input type="checkbox"/> Monoklonová protilátka	<input type="checkbox"/> Transfúzie	<input type="checkbox"/> Rastové faktory	<input type="checkbox"/> Kortikoidy
---	-------------------------------------	--	-------------------------------------

## ŽIADANKA NA IMUNOFENOTYPOVÉ VYŠETRENIE

UNLP - Odd.laborat.medicíny - Pododdelenie klinickej hematológie  
Košice, Tr.SNP 1, tel. 055/640 4160, 3264

Rodné číslo./ID: \_\_\_\_\_ Poist'ovňa: \_\_\_\_\_  
Priezvisko: \_\_\_\_\_ Dg.: \_\_\_\_\_  
Meno, Titl.: \_\_\_\_\_ Dátum odberu: \_\_\_\_\_  
Kód oddelenia: \_\_\_\_\_ Čas odberu: \_\_\_\_\_  
Kód lekára: \_\_\_\_\_ Pečiatka a podpis lekára: \_\_\_\_\_  
Telefón (klapka): \_\_\_\_\_

### Čas prijatia:

Typ biologického materiálu	<input type="checkbox"/> PK (K3DTA)	<input type="checkbox"/> KD (K3DTA)	<input type="checkbox"/> Likvor (Transfix)	<input type="checkbox"/> Iné
Fáza	<input type="checkbox"/> Dg	<input type="checkbox"/> MRD	<input type="checkbox"/> Relaps	<input type="checkbox"/> Iné (špecifikujte)

### Požadované vyšetrenie

<input type="checkbox"/> Akútna leukémia	<input type="checkbox"/> AML
	<input type="checkbox"/> ALL
	<input type="checkbox"/> Iná
<input type="checkbox"/> Lymfoproliferácie	<input type="checkbox"/> B NHL/B CLL
	<input type="checkbox"/> T NHL/NK
<input type="checkbox"/> Mnohopočetný myelóm/MGUS	
<input type="checkbox"/> MPN	
<input type="checkbox"/> MDS	
<input type="checkbox"/> PNH	
<input type="checkbox"/> Mastocytóza	
<input type="checkbox"/> Iné (špecifikujte)	

### Iné relevantné údaje

Terapia (aplikovaná pred požadovaným laboratórnym vyšetrením):

<input type="checkbox"/> Monoklonová protilátka	<input type="checkbox"/> Transfúzie	<input type="checkbox"/> Rastové faktory	<input type="checkbox"/> Kortikoidy
---	-------------------------------------	--	-------------------------------------